

Wniosek o zakwalifikowanie do Programu Wsparcia Dawców Żywych (Living Donor Support Program Eligibility Application) Wniosek dawcy (Donor Application)

Przegląd i kwalifikowalność: Program wsparcia dawców żywych stanu Nowy Jork pomaga kwalifikującym się żywym dawcom organów w pokryciu kosztów podróży, zakwaterowania i wyżywienia, zwrocie utraconych zarobków lub kosztów utraconego czasu, kosztów opieki nad wymagającą jej osobami oraz pewnych nierefundowanych kosztów medycznych związanych z dawstwem narządów dawców żywych. Aby złożyć wniosek, dawca musi wypełnić wyznaczone sekcje wniosku i dołączyć kopie zatwierdzonych dokumentów potwierdzających zamieszkanie w stanie Nowy Jork. Biorca również musi wypełnić wyznaczoną sekcję wniosku i dołączyć kopie zatwierdzonych dokumentów potwierdzających zamieszkanie w stanie Nowy Jork. Kwalifikowalność do Programu Wsparcia Dawców Żywych musi zostać ustalona **przed** zabiegiem chirurgicznym.

Należy pamiętać, że złożenie tego wniosku jest wymagane w celu uzyskania decyzji o przyjęciu lub nieprzyjęciu do programu. W celu uzyskania zwrotu kosztów po zatwierdzeniu wniosku o zakwalifikowanie do programu będzie wymagana dalsza komunikacja oraz złożenie dodatkowych dokumentów. Dostępne są arkusze, które mogą służyć jako przewodnik po tym, jak zwrot kosztów może być rozdzielony w celu pokrycia kwalifikujących się kosztów podróży, zakwaterowania i wyżywienia, zwrotu utraconych zarobków lub kosztów utraconego czasu, kosztów opieki nad wymagającą jej osobami oraz pewnych nierefundowanych kosztów medycznych związanych z dawstwem narządów dawców żywych odpowiednio do potrzeb dawcy. Dawcy mogą ubiegać się o zwrot kosztów z jednej lub wszystkich kategorii kwalifikujących się wydatków. Żadnemu pojedynczemu dawcy nie zostanie zwrócona kwota większa niż 14 000,00 USD za jeden akt dawstwa od dawcy żywego.

INSTRUKCJA

1. Należy wypełnić wniosek dawcy i odpowiedzieć na wszystkie wymagane pytania.
2. Należy załączyć dowód zamieszkania w stanie Nowy Jork. Wymagane są dwa różne dowody aktualnego miejsca zamieszkania. Dowody te muszą być datowane w ciągu 90 dni przed złożeniem wniosku. Dokumenty składane w celu udowodnienia zamieszkania w stanie Nowy Jork muszą zawierać zarówno imię i nazwisko dawcy żywego, jak i jego aktualne miejsce zamieszkania. Poniżej znajduje się zatwierdzona lista dokumentów potwierdzających miejsce zamieszkania:
 - Oficjalne pismo potwierdzające zamieszkanie
 - Wyciąg z umowy najmu lub kredytu hipotecznego
 - Odcinek wypłaty od pracodawcy
 - Wyciągi bankowe lub inwestycyjne
 - Odcinki zasiłku dla bezrobotnych
 - Karta rejestracji wyborcy
 - Formularz W2 lub 1099
 - Zaświadczenia o ubezpieczeniu społecznym lub niepełnosprawności
 - Rachunki za podatek od nieruchomości
 - Rachunki telefoniczne
 - Rachunki za media
 - Deklaracje podatkowe
3. Po wypełnieniu należy przekazać wniosek wraz z załącznikami i podpisanym zaświadczeniem pracownikowi socjalnemu lub specjalście ds. transplantacji, który go sprawdzi i przekaże w imieniu wnioskodawcy do Programu Wsparcia Dawców Żywych. Prosimy nie wysyłać wniosku bezpośrednio do Programu Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork (New York State Living Donor Support Program, NYS-LDSP).

PYTANIA?

W celu uzyskania pomocy lub wyjaśnień prosimy o kontakt z wyznaczonym pracownikiem socjalnym lub specjalistą ds. transplantacji w ośrodku transplantacyjnym. Z Programem Wsparcia Dawców Żywych można się także skontaktować pod numerem telefonu (518) 408-3431 lub adresem e-mail LivingDonor@health.ny.gov.

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

PROGRAM WSPARCIA DAWCÓW ŻYWYCH: WNIOSEK DAWCY O ZAKWALIFIKOWANIE DO PROGRAMU

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY BĘDĄCYM DAWCĄ ŻYWYM

Instrukcja: Do wypełnienia przez wnioskodawcę będącym dawcą żywym i złożenia w ośrodku transplantacyjnym przed zabiegiem.

| Imię dawcy żywego | Inițial drugiego imienia | Nazwisko | Data urodzenia |
|-------------------|--------------------------|----------|----------------|
| | | | |

Adres głównego miejsca zamieszkania dawcy Zaznaczyć, jeżeli dawca i biorca mieszkają pod tym samym adresem

Wiersz adresu 1: _____

Wiersz adresu 2: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Preferowany nr telefonu: _____ Alternatywny nr telefonu: _____

E-mail: _____

Czy wnioskodawca odbiera pocztę pod adresem głównego miejsca zamieszkania? Tak Nie Jeżeli nie, podać adres pocztowy:

Adres: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Podczas składania wniosku są wymagane dwa dokumenty potwierdzające zamieszkanie w stanie Nowy Jork.

Akceptowane dokumenty wymieniono na stronie 1. Prosimy wskazać poniżej załączane dwa dokumenty:

1. _____ 2. _____

Oddawany organ: nerka wątroba inny, określić: _____

Imię i nazwisko biorcy docelowego: _____

Status zatrudnienia dawcy: zatrudniony na pełny etat zatrudniony na część etatu na zwolnieniu lekarskim z powodu niezdolności do pracy samozatrudniony osoba zajmująca się domem / opieką

uczeń/student bezrobotny emeryt inny

DANE DEMOGRAFICZNE DAWCY

Prosimy o wypełnienie poniższej sekcji. Pozwoli nam to lepiej poznać populację objętą Programem Wsparcia Dawców Żywych stanu Nowy Jork. Odpowiedzi na poniższe pytania nie mają wpływu na decyzję o kwalifikowalności do programu ani na decyzję o zwrocie kosztów.

Płeć: Mężczyzna Kobieta Inna: _____

Rasa / przynależność etniczna: biała, niełatynoska czarna, niełatynoska latynoska nieznaną/inna

azjatycka, niełatynoska rdzenna amerykańska/alaskańska, niełatynoska

pacyficzna, niełatynoska wielorasowa, niełatynoska

Wykształcenie: niższe niż licealne absolwent szkoły średniej / GED szkoła techniczna/zawodowa

nieukończone studia dyplom ukończenia studiów 2-letnich dyplom ukończenia studiów 4-letnich

dyplom ukończenia studiów dłuższych niż 4-letnie

Preferowany język: _____ Czy wnioskodawca potrzebuje usług pomocy językowej? Tak Nie

Preferowane imię i nazwisko: _____ Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Podpis: _____ Data: _____

Z których kategorii wnioskodawca przewiduje ubieganie się o zwrot kosztów?

 zarobki opieka nad wymagającymi jej osobami podróż osoba wspierająca nierefundowane wydatki medyczne

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

FORMULARZ ZAŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY BĘDĄCEGO DAWCĄ ŻYWYM

Personel transplantacyjny: Kopię tego formularza należy zachować w dokumentacji medycznej dawcy.

Instrukcja: Należy wpisać swoje imię i nazwisko w pustym miejscu u góry, przeczytać wszystkie oświadczenia i podpisać się na dole.

Ja, _____, jako wnioskodawca-żywy dawca organów ubiegający się o kwalifikację do Programu Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork, podałem(-am) zgodnie z prawdą i w pełni wszystkie informacje wymagane we wniosku kwalifikacyjnym oraz oświadczam, że zamierzam poddać się ocenie dawcy żywego, operacji i procesom opieki następczej zgodnie z opisem ośrodka transplantacyjnego, chyba że ośrodek transplantacyjny orzeknie, że nie mogę zostać rzeczywistym dawcą żywym.

- Personel ośrodka transplantacyjnego poinformował mnie, co stanowi świadczenie wzajemne (valuable consideration) i według swojej najlepszej wiedzy w pełni przestrzegam postanowień sekcji 301 NOTA (42 USC §274e), która stanowi między innymi, że świadome nabycie, otrzymanie lub inne przekazanie jakiegokolwiek ludzkiego organu w zamian za świadczenie wzajemne do wykorzystania w transplantacji u ludzi jest niezgodne z prawem.
- Moja decyzja o zostaniu dawcą żywym nie była motywowana chęcią uzyskania żadnego świadczenia wzajemnego.
- Nie mam żadnych informacji wskazujących na to, że w związku z moim dawstwem organu od dawcy żywego następuje wymiana świadczenia wzajemnego.
- Rozumiem, że zgodnie z prawem stanowym Program Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork nie może zapewnić żadnemu żywemu dawcy organów zwrotu utraconych zarobków, kosztów podróży i wszelkich innych kwalifikujących się wydatków, jeśli dawca otrzymał lub powinien otrzymać zwrot tych wydatków od jakiejkolwiek osoby trzeciej, na przykład z polisy ubezpieczeniowej, świadczenia pracodawcy, stanowego programu rekompensat, federalnego lub stanowego programu świadczeń zdrowotnych lub podmiotu, który zapewnia ubezpieczenie zdrowotne na zasadzie przedpłaty.
- Wyrażam zgodę, aby ośrodek transplantacyjny udostępnił moje dane Programowi Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork w celu weryfikacji informacji, ustalenia kwalifikowalności do programu i/lub zwrotu kosztów.
- Niniejszym przyjmuję do wiadomości, że zwrot kwalifikujących się wydatków, na przykład z tytułu utraconych zarobków, może podlegać rozliczeniu federalnego i/lub stanowego podatku dochodowego. Wnioskodawca jest zobowiązany skontaktować się z wykwalifikowanym doradcą podatkowym w celu ustalenia wysokości zobowiązania podatkowego z tytułu zwrotu otrzymanego w ramach Programu Wsparcia Dawców Żywych. Program Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork nie ponosi odpowiedzialności za żadne konsekwencje podatkowe programu zwrotu kosztów.
- W przypadku zakwalifikowania się do uczestnictwa w Programie Wsparcia Dawców Żywych, przed ubieganiem się o zwrot kwalifikujących się kosztów w ramach programu zwrócę się o zwrot kosztów do wszystkich dostępnych dla mnie osób trzecich i ujawnię te informacje Programowi Wsparcia Dawców Żywych podczas składania wniosku o zwrot wszelkich nier refundowanych kosztów w ramach programu.
- Wyrażam zgodę na wymianę przez Program Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork minimalnych niezbędnych informacji z każdym płatnikiem zewnętrznym wskazanym przez dawcę żywego lub ośrodek transplantacyjny, gdy będzie to potrzebne do celów przeglądu lub weryfikacji.

Podpisując ten formularz, oświadczam pod groźbą kary za składanie fałszywych oświadczeń na mocy prawa federalnego i stanowego, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i poprawne. Rozumiem ponadto, że prawo federalne i stanowe może przewidywać kary grzywny i/lub pozbawienia wolności bądź odmowę przyznania wnioskowanej pomocy finansowej, jeśli nie przekażę prawdziwych informacji podczas składania wniosku o pomoc w ramach Programu Wsparcia Dawców Żywych Stanu Nowy Jork lub jeśli zataję fakty dotyczące informacji podanych podczas składania wniosku bądź ich nie ujawnię.

Podpis dawcy: _____

Podpis osoby przyjmującej wniosek w ośrodku transplantacyjnym: _____ **Data:** _____

Imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek: _____

Tytuł osoby przyjmującej wniosek: _____

Numer telefonu osoby przyjmującej wniosek: _____

Adres e-mail osoby przyjmującej wniosek: _____